

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

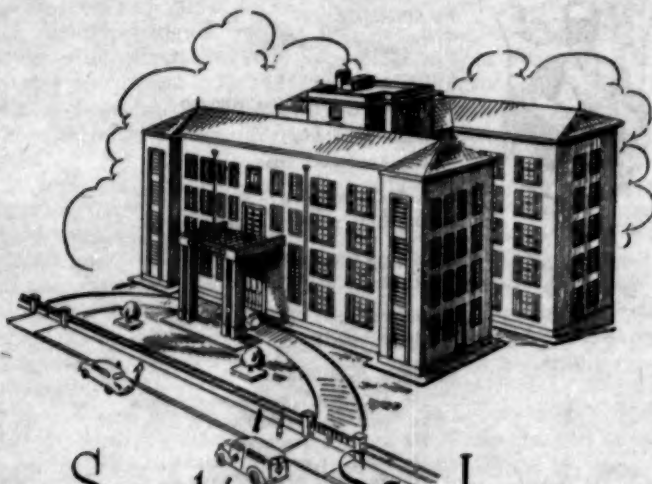
VOL. XVI

MARÇO DE 1955

N.º 9

Sumário:

	Pág.
<i>O chamado bócio posbranquial (bócio telobranquial) — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO e Dr. FERDINANDO COSTA</i>	131
<i>Perturbações da linguagem — Dr. CÍCERO CRISTIANO DE SOUSA</i>	137
<i>Literatura Médica — Livros, e folhetos recebidos</i>	142
<i>Sanatório São Lucas — Movimento dos doentes internados em 1954</i>	144



Sanatório São Lucas

Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. ADHEMAR NOBRE

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETÓRIA 1955-1956

Presidente :

DR. NELSON RODRIGUES NETO

Vice-Presidente :

DR. JACYR QUADROS

Primeiro Secretário :

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário :

DR. ADHEMAR NOBRE

Primeiro Tesoureiro :

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro :

DR. ROBERTO DE LUGCA

Bibliotecário :

DR. ENRICO RICCO

Conselho Consultivo :

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. PAULO GIOVANNI BRESSAN

DR. ADEMAR ALBANO RUSSI



BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVI

MARÇO DE 1955

N.º 9

O chamado bório posbranquial (*)

(bório telobranquial)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Director do Sanatório São Lucas.

DR. FERDINANDO COSTA

*Do Departamento de Anatomia Patológica
do Sanatório São Lucas.*

Trazendo à publicidade um caso relativamente raro de bório, desejamos, de início, fazer algumas considerações sobre a designação do tumor que tivemos a oportunidade de observar — o chamado bório posbranquial.

Assinalam alguns autores, sob esse nome, a existência de um processo de características histo-patológicas bem definidas que presumem ter origem num distúrbio da evolução da 5.^a bolsa branquial, chamada por Getzowa de "corpo posbranquial". Daí o dar-se ao bório presumido dessa origem o nome de "lório posbranquial".

Será essa uma designação acertada? O prefixo "pos" (post), significa "depois" ou "atrás", na sequência do tempo e na sequência do espaço. Ora, assim sendo e não se recorrendo à origem, a idéia que logo assalta à mente de quem se acha desprevenido para um exame mais profundo da compreensão do nome, é a de que se trata de um bório posteriormente situado, por trás das formações decorrentes dos arcos e fendas branquiais. E, no entanto, trata-se de um tumor bem superficial, situado pelo menos no mesmo plano dos órgãos derivados do intestino cefálico. Mas se remontamos a designação ao estágio embrionário, então vamos verificar que o corpo posbranquial, cujos vestígios geralmente aparecem nos Sauropsideos (repteis e passaros), nada mais é do que a 5.^a bolsa branquial, não lhe cabendo, assim, o qualificativo de posbran-

(*) Apresentado na Sociedade Médica São Lucas em sessão de 9 de agosto de 1954.

quial, pois faz parte das próprias formações branquiais. Talvez lhe coubesse melhor a designação de telobranquial, pois se refere à porção mais distal das formações branquiais. Carmo Lordy prefere dizer "corpo últimobranquial", neologismo que, além de híbrido, soa mal, tanto mais que esse verbete latino, como adjetivo ou como substantivo, não deve ser empregado como prefixo, aparecendo, por excessão, na palavra "ultimogênito", usada por Ruy Barbosa na Réplica. A expressão "telobranquial" tem a virtude de ser toda derivada do grego, onde telos (τέλος) quer dizer "fim", "térmo", "extremidade". Dessa forma, a palavra "telobranquial" exprime "parte final das brânquiais", o que é bem a realidade.

Partindo daí, o bôcio ou a formação tireoideana que teve origem nessa porção terminal das brânquias merece o nome de "bôcio telobranquial".

Mas não é essa a designação que lhe dão os autores modernos, principalmente os norte-americanos, e sim "bôcio de Huerthle", ou melhor "tumor de células de Huerthle", também denominado "adenoma de grandes células de Wegelin", "estruma microalveolar e macrocelular de Langhans" e o já assinalado "estruma posbranquial de Getzowa".

Vai aqui, a propósito, uma crítica ao velho costume de se dar a uma entidade mórbida ou a um processo de tratamento o nome da pessoa que por primeira vez lhe fez a descrição, o estudo ou a propositura. Tal costume apresenta inconvenientes bem conhecidos. Basta lembrar, para o condenar, que não oferece a menor idéia do que pretende identificar. A denominação de uma doença deve ser simples e encerrar claramente sugestões sobre etiologia, topografia e patologia do processo em questão. Para facilidade de divulgação e de compreensão num Mundo em que as interrelações são cada vez mais intensas, há toda conveniência de se abolir, de todo, por seródio, o hábito de dar o nome de pessoa a doenças e a processos de tratamento.

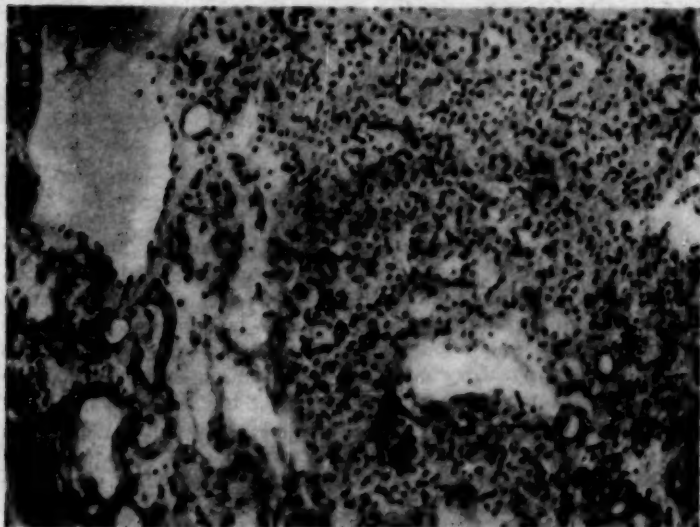
De lado a questão de nomenclatura, o que importa agora considerar é o caso por nós observado e que se enquadra no conceito, expandido por Watzka em 1933, de que, no caso de se conservarem, isto é: de não involuírem, os corpos telobranquiais dão origem a cistes incluídas na tireoide. Ora, como vamos ver, em nosso caso havia uma formação cística, em cuja parede se assentava um núcleo de tecido tireoideano diferenciado, com células de grande porte.

Vejamos o resumo da observação:

E. C. C., de 45 anos, sexo feminino, branca, natural de Santos, neste Estado, casada, residente em Sorocaba. A cerca de 14 anos notou o aparecimento de um tumorzinho à esquerda do pescoço, na região do lobo esquerdo da tireoide. Veio crescendo sorrateiramente e por que não a incomodasse recusou a 10 anos a extirpação cirúrgica que então lhe propuzemos. Fez vários tratamentos, com iodo e com produtos homeopáticos sem qualquer benefício, pois a despeito deles o tumor continuou a crescer, sem produzir dor ou pertur-

bações da deglutição, mas instalando-se um quadro de nervosismo, associado a distúrbios cardíacos traduzidos por palpitação, edema maleolar fugaz e dispnéia de esforço, ouvindo-se ultimamente um intenso sopro holossistólico mais acentuado no foco mitral. Em 20 de abril de 1950, o metabolismo basal acusava menos 12% (-12%) e em 4 de julho de 1954 a avaliação determinou menos 5,18% (-5,18%).

Apresentava agora um tumor superficial, saliente, de 8 x 10 x 12 cm., tenso, sem lobulações, oblíquo da esquerda para a direita e de cima para baixo, ultrapassando o seu polo inferior a linha mediana numa extensão que atingia até 3 centímetros ao deslocamento forçado que a sua mobilidade permitia.



A paciente não apresentava exoftalmo nem tremores. Peso 65,500 kilos. Pulso a 80 por minuto, regular. Pressão arterial 100 de máxima e 70 de mínima. Os exames preoperatórios realizados mostraram: hemácias, 4.500.000 e leucócitos 6,700 por mm³; taxa de hemoglobina, 87%; valor globular, 0,96; contagem específica de glóbulos brancos: eosinófilos, 1%; neutrófilos, 71% (formas jovens, 1%; bastonetes, 4%; e segmentados, 66%) linfócitos, 23%; e monócitos, 5%; tempo de sangramento, 2,25"; tempo de coagulação, 3'05"; urina límpida, de reação neutra, com densidade 1.013, ausência de albumina e açúcar, havendo no sedimento 4 leucócitos por campo, raríssimos cilindros hialinos e granulados e numerosas bactérias.

Operação n.º 21.263 em 6 de julho de 1954, sob anestesia local com 15cc de Surocaina; operador Dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, Dr. João Noel von Sonnleithner. Incisão em collar, com maior ramo à esquerda. Preparo de retalhos cutâneos. Afastamento dos músculos e exposição do tumor, que se mostrava tenso e duro, sem o aspecto costumeiro do tecido tireoideano. Ligadura dos vasos do pedículo superior, depois de transfixado o tumor para tração e melhor apresentação. Incisão do tumor na sua parte interna, encontrando-se uma cápsula espessada, parecendo tratar-se de uma ciste branquial, cujo revestimento era fibroso e resistente, havendo sob ele uma cápsula mais delgada. Excisão

da cápsula do tumor, restando uma formação carnosa com o aspecto de um lobo esquerdo da tireóide atrofiado. Sutura por planos, deixando-se um pequeno dreno na loja exsangue do tumor. No interior da ciste havia grande quantidade de massa amorfa, de cor amarelada como coalhos de leite, e substância de aspecto gelatinoso. O decurso posoperatório foi sem anormalidade e a doente se retirou do hospital seis dias depois, em boas condições.

O exame anátomo-patológico da peça extirpada, feito pelo prof. Carmo Lordy, apresentou o seguinte resultado:

"Lâmina n.º 2179. Struma post-branquial evoluído à custa do corpo post-branquial (5.ª bolsa branquial). Apresenta zonas de fibrose e outras de necrose. A parede é destituída de epitélio de revestimento de uma ciste, que, por informações a respeito de sua localização e de seu conteúdo, parece ser ciste branquiogênica relacionada com reliquat de derivados do seio cervical".

O caso presta-se a comentários, que vão ser feitos pelo doutorando Ferdinando Costa, do nosso Departamento de Anatomia Patológica e a quem passo a palavra.

O ESTRUMA POSBRANQUIAL

Embora anatomo-funcionalmente independente do aparelho digestivo, a glândula tireoide está geneticamente ligada ao intestino cefálico. Aliás, ela pode ser considerada uma glândula digestiva modificada, tanto assim que nos cordados inferiores por meio de um ducto tireo-glosso essa glândula derrama um produto mucoso na cavidade faríngea, secreção que intervem na digestão dos alimentos.

Vejamos algumas noções embriológicas que são fundamentais para que se entenda a teoria mais aceita sobre a histogênese do estruma posbranquial, também chamado tumor de células de Hurthle, adenoma macro-celular e micro-alveolar de Langhans, ou também tumor de grandes células de Wegelin.

O canal alimentar é considerado como de origem endodérmica por todos os autores e esboça-se em embrião ainda muito pequeno, com 2 a 4 pares de somitos. Este canal se divide em intestino cefálico, intestino do tronco e intestino caudal. É o intestino cefálico que nos vai interessar no momento. Ele apresenta-se com a forma piramidal, com o ápice voltado para baixo. Das paredes desta pirâmide partem invaginação uma anterior e outras laterais.

Desta depressão anterior do epitélio provém, por proliferação de suas células, o tubérculo da tireoide, que nesta fase já pode apresentar indícios de lobulação. O tubérculo cresce e se alonga no meio mesenquimatoso como um cordão sólido ou parcialmente canalizado (ducto tireo-glosso). Este ducto tireo-glosso tem uma vida efêmera; logo sofre fenômenos involutivos, acabando por se tornar um cordão maciço. O segmento proximal deste cordão é logo invadido pelo mesênquima, restando o segmento distal, que irá formar o lobo médio da tireóide. Portanto, o ístimo da glân-

dula tireóide resulta da multiplicação dos elementos da extremidade distal do ducto tireo-glossos.

Quanto a isso, todos os autores são concordes; no entanto, quanto à gênese dos lobos laterais pairam dúvidas. Para alguns autores eles se formam por proliferação do lobo médio da tireóide e para outros eles derivam dos corpos *últimos-branquiais*, ou corpos *posbranquiais*.

Vejam os então algumas rápidas noções sobre os corpos branquiais e as bolsas branquiais:

Elas nada mais são do que as invaginações laterais do intestino cefálico. São em número de 5, ou melhor são 4 sendo a 5.^a bolsa um divertículo da 4.^a.

Cada bolsa branquial é formada pelo conduto faringo-branquial, pelo corpo da bolsa propriamente dito e pelo fundo.

Por volta da 2.^a metade do 2.^o mês da vida intrauterina, processam-se modificações profundas na região branquial; de que resultam a atrofia de alguns componentes e a diferenciação de outras.

Vejam os como exemplo a 1.^a bolsa branquial. Todos os seus elementos: o conduto faringo-branquial, o corpo e o fundo da bolsa conservam-se perfeitamente no organismo adulto e são os formadores do aparelho auditivo. A trompa auditiva, ou de Eustáquio, nada mais é que o conduto faringo-branquial e a membrana do tímpano é o fundo da bolsa branquial. O fundo da 1.^a bolsa branquial apresenta-se como uma membrana di-dermica, formada internamente pelo endoderma e externamente pelo ectoderma. Nos seres humanos, entre estes dois folhetos se interpõe o mesênquima nutritivo e por isso esta membrana se mantém íntegra, obliterando a parede externa da região branquial.

Já nos vertebrados inferiores e nos animais aquáticos, entre os 2 folhetos não se interpõe o mesênquima nutritivo e esta membrana se esfacela. Há então uma comunicação da região branquial com o exterior, constituindo as *branquias* dos animais aquáticos.

Voltando atrás, cada bolsa vai determinar a formação de certos órgãos do pescoço: a primeira vai formar o conduto auditivo; a segunda forma as amígdalas; a terceira forma as paratireóides e parte do timo; a quarta forma as paratireóides superiores e restante do timo; a quinta bolsa vai originar o corpo post-branquial ou último-branquial. Quanto ao destino dos corpos último-branquiais, para alguns autores eles vão se incorporar ao lobo médio da glândula tireóide para formar os lobos laterais e para outros autores eles sofrem fenômenos regressivos e desaparecem.

No entanto, como são formações embrionárias, podem, em condições quaisquer da vida, persistir, formando cistes e mesmo neoplasmas, tanto benignos como malignos.

Em nosso caso presente, acreditamos tratar-se de um neoplasma benigno oriundo dos corpos branquiais, justamente aquilo que foi

chamado por Getzowa, de estruma posbranquial. Autores americanos admitem que as células oxífilas constituintes do estruma posbranquial nada mais são que fases evolutivas de células da tireóide e que nada mais seriam que um adenoma tireóidiano.

Passamos então ao nosso caso de hoje:

O quadro macroscópico já foi relatado pelo dr. Eurico Branco Ribeiro; relataremos agora o aspecto microscópico: trata-se de uma neoplasia benigna aparentemente encapsulada constituída por células grandes, de citoplasma abundante, finamente granuloso, intensamente oxífilo, com núcleos pequenos e uniformes. Os elementos tumorais se dispõem à maneira de cordões e raros blocos celulares, alguns formando ácinos glandulares contendo pouco colóide. Este é escasso e palidamente corado.

Não existem figuras de mitose, bem como infiltração da cápsula fibrótica.

O quadro histológico do tumor encaixa-se perfeitamente na descrição clássica de Getzowa para o estruma posbranquial.

É um neoplasma benigno, relativamente raro, tanto assim que o nosso Prof. Carmo Lordy, em toda a sua longa experiência, viu apenas 2 casos.

Perturbações da linguagem (*)

CÍCERO CHRISTIANO DE SOUSA

Membro da Academia de Medicina de São Paulo.

Apesar dos grandes progressos realizados nos ultimos 30 ou 40 anos, há grandes lacunas no conhecimento das perturbações da linguagem, reinando, ainda hoje, neste domínio, enorme confusão sobretudo no que diz respeito à terminologia utilizada pelos diversos autores.

Começemos por definir o que seja *perturbação de linguagem*. Os estudos de Fonética demonstram que há grandes variações na maneira de pronunciar o mesmo som, consonantal ou vocálico, por indivíduos diferentes ou pelo mesmo individuo, ainda quando se trate da mesma palavra. O padrão *normal* não é perfeitamente fixo. Variações menores da articulação são admissíveis na linguagem comum, e passam, o mais das vezes, despercebidas. O mesmo pode-se dizer da intensidade, da altura e do timbre da voz, bem como do ritmo e da velocidade do discurso. Este fato nada tem de extraordinário, sendo, *mutatis mutandis*, o mesmo que se observa em qualquer domínio do funcionamento orgânico ou mental. Somente quando as variações são de maior intensidade entram no domínio da anormalidade.

A linguagem de um sujeito merece o qualificativo de perturbada quando se desvia tanto do padrão ordinário que chama a atenção dos outros individuos, interfere com a comunicação ou traz desajustamento a seu possuidor. E' esta, como vemos, uma definição puramente funcional, nada pressupondo sobre os fatores etiológicos em jogo ou sobre a patogénia do defeito.

Qualquer medida pratica que tente corrigir os defeitos de linguagem deve ser precedida de um melhor conhecimento dos tipos de defeito. Há inúmeras formas sob que eles se apresentam, e são numerosas as classificações existentes. Alguns autores quizeram basear-se no conhecimento etiológico. Esta seria, efetivamente, a maneira ideal de tratar o problema. E' totalmente falha, todavia, em virtude da enorme imperfeição do conhecimento étio-patogênico dessas anomalias. Do ponto de vista pratico, a classificação mais adequada, adotada em grande número de clínicas ortofásicas norte-americanas, é baseada no tipo de sintomas predominantes. Distin-

guem-se então quatro grandes grupos de desordens, conforme esteja alterado o ritmo do discurso, a articulação dos sons, a qualidade da voz ou a simbolização. Em algumas alterações superpõem-se os sintomas uns aos outros.

A todas as arritmias da fala, dá-se em português o nome de *gagueira*. Convém distinguir, entretanto, ao menos três diferentes tipos de enfermidade: 1.º) A gagueira propriamente dita (espasmofemia) em que a linguagem é perturbada por interrupções mais ou menos frequentes, pela prolongação de alguns sons e pela repetição de outros, acompanhada de tremores e espasmos da musculatura envolvida na produção da palavra (lábios, língua, glote, úvula, bochechas) que se podem estender, nos casos mais graves, a outros grupos musculares (olhos, pescoço, torax, e mesmo, membros superiores e inferiores); 2.º) A alteração denominada *cluttering* pelos autores anglo-saxões (agitolalia). O agitolálico fala com extrema rapidez, mas a elocução é quebrada pela existência de pausas, ocasionadas pela própria velocidade usada. O discurso vem aos borbotões, *sacadé*, arritmico. Além disso, há omissão de sílabas e transposição de sons, tudo concorrendo para tornar quase incompreensível ao interlocutor o que o sujeito está dizendo. Na agitolalia há portanto, ao lado de uma perturbação do ritmo, que é a mais importante, alterações articulatórias dos sons. 3.º) Na *linguagem dos espásticos*, enfim, há também com frequência, alteração rítmica, ao lado de perturbações articulatórias e vocais.

Ocorrem alterações da articulação quando um som é pronunciado defeituosamente ou quando é substituído por outro ou omitido. São os mais frequentes de todos os defeitos, quando se toma o conjunto dos indivíduos que sofrem qualquer forma de perturbação da linguagem. São, todavia, relativamente raros em adultos. O defeito mais comum em nosso ambiente é a pronúncia ciciosa das sibilantes (*s*, *z*), em que a ponta da língua se aplica contra a face posterior ou mesmo contra o bordo inferior dos dentes, ao invés de se colocar contra a parte anterior do paladar duro. Outro som frequentemente alterado é o *r*. Alguns indivíduos pronunciam-no guturalmente (aproximando-se do *r* alemão ou francês, ou mesmo do *h* aspirado); outros não produzem com a ponta da língua a tremulação que permite a produção do *r* português normal, mas apenas ocluem parcialmente a via de saída do ar, aproximando a língua do véu do paladar (*r* caipira, semelhante ao inglês). É ainda comum a substituição do *l*, pelo *r* nas sílabas *ple*, *cle* *tle* e semelhantes.

Os defeitos articulatórios são comuníssimos na infância. Os mais frequentes são: a substituição das plosivas guturais (*k*, *g*) pelas dentais correspondentes (*t*, *d*); a substituição do *r* por *l*; a substituição de *l* final de sílaba por *i* ou por *u*; a omissão do *r* ou do *l* nas sílabas *ple*, *pre*, *cle*, *tre* e outras semelhantes; a metatese dos *rr* (*tavrés*, por outra vez, *braba* por *barba*); a supressão dos *rr* e *ll* finais de sílabas.

A ocorrência de alterações deste tipo é normal nas crianças pequenas, quando na fase de aprender a falar. E' anormal sua permanencia alem de certa idade, vindo então a constituir uma perturbação da linguagem. E' relativamente frequente a permanencia desses defeitos em crianças já em idade escolar, vindo a constituir sério problema para as professoras de primeiras letras, pois aumentam consideravelmente a dificuldade da aprendizagem.

As vezes o defeito é constituído pela omissão ou substituição de um único som. Mais frequentemente são muitos os sons erradamente pronunciados, de modo a tornar quase incompreensível o discurso. Nestes casos fala-se muitas vezes em *linguagem infantil* (*baby talk*) ou em *linguagem retardada*. Os defeitos articulatórios são em geral dominados pelo próprio paciente, a medida que vai crescendo em idade. Não é raro, entretanto, permanecerem através da adolescência a da idade adulta, havendo casos de sujeitos de 60 ou 70 anos que apresentam *baby talk*.

São as variações normais da voz ainda mais extensas que as da articulação e do ritmo. Suas anomalias podem dever-se a uma diferença em qualquer das qualidades do som: *intensidade*, *altura* e *timbre*. Os defeitos de intensidade são a *afonia* e as vozes *demasiado fracas* ou *demasiado fortes* (do sujeito "que nasceu perto de cachoeira"). Mais importantes são os defeitos da altura da voz. Neste grupo estão incluídas as vozes *muito agudas* (em homens) ou *muito graves* (em mulheres), as vozes *monótonas* (como as de certos surdos) e ainda o uso de certas *inflexões anômalas* (como acontece com estrangeiros que, falando o português, usam o mesmo "canto" que em suas linguas maternas). Dos defeitos de timbre os mais frequentes são as vozes *anasaladas* e *roucas*; outras variedades são descritas com os adjetivos *hiponasais*, *metálicas*, *duras*, *estridentes*, *pesadas*, *de falsetto*, etc.

Os defeitos da simbolização compreendem as *afasias* (segundo a concepção de Head) ou *disfasias*, nas quais o sujeito revela incapacidade de compreender o que ouve ou de formular e exprimir o que pensa.

Antes de terminar este parágrafo, é preciso lembrar que a terminologia usada pelos especialistas em correção de linguagem é extremamente confusa. Termos como *dislalia*, *disartria*, *disfasia*, *disfemia*, *dislogia*, mudam de sentido quando se passa de um a outro texto, de um a outro país, de um a outro autor.

•
•

Só se pode compreender as particularidades psicológicas dos portadores de perturbações da linguagem atendendo primeiramente à reação que causam no ambiente social. Todo sujeito defeituoso (cego, surdo, gago, aleijado, etc.) evoca nas pessoas sãs que o rodeiam certas atitudes emocionais que são essencialmente as três seguintes: temór, jocosidade e compaixão.

A atitude de *temor* é a mais antiga de todas. Pode dar origem a dois tratamentos muito diferentes: rejeição e respeito. Há exemplos de sociedades em que os portadores de certos defeitos são respeitados, exatamente por serem diferentes das outras pessoas, e por isso mesmo infundir temor. É muito mais comum, entretanto, mormente em sociedades primitivas, a reação oposta, de rejeição. Encontram-se muitos exemplos de sociedades que, pura e simplesmente matavam os portadores de anomalias mais graves. É o caso, muito conhecido, dos espartanos, que atiravam a um precipício as crianças fracas e defeituosas. Esta mesma reação de temor transpõe-se na Bíblia, em que os defeitos são encarados como punição divina, justificando a rejeição de seus portadores para o meio dos leprosos.

A atitude de *jocosidade* pressupõe já um progresso, pois, neste caso, está dominado o temor, visto aquele que se ri ter, pelo menos até certo ponto, consciência de sua superioridade. Esta atitude explica o uso dos corcundas como elementos de diversão pelas cortes européias até o começo dos tempos modernos.

A atitude de *compaixão* nasce de uma identificação do circunstante com o portador do defeito. Foi ela exaltada pelas grandes religiões (cristianismo, maometismo, budismo) e dela nasce o desejo de auxiliar a esses indivíduos, encarados como infelizes.

Em nossa sociedade as três atitudes antes descritas continuam a existir. O temor transpõe-se na maneira, muito comum em certos grupos sociais, de descrever a anomalia do outro, ajuntando a cada indicação de localização anatômica ou de forma de funcionamento a expressão: "lá nele". Naturalmente que em nossa sociedade não se permite matar um portador de defeitos, mas eles são muitas vezes as vítimas da agressividade de sujeitos menos escrupulosos. Mesmo a reação de respeito transpõe-se na superstição de que passar a mão na bossa de um corcunda dá sorte no jogo. A atitude de *jocosidade* é muito mais frequente, e revela-se no sem número de anedotas em que os personagens são surdos, gogos, corcundas, etc. Provavelmente, é mais comum ainda a atitude de *compaixão*.

Só em tempos relativamente muito recentes os defeitos físicos foram encarados objetivamente, por homens dotados de espírito científico ou prático, que tinham em mira corrigi-los quando possível ou, em caso contrário, criar para seus portadores possibilidades de trabalho e de sobrevivência, sem precisar recorrer à caridade pública.

De qualquer forma, não se tendo ainda modificado a atitude da imensa maioria da população, compreende-se com facilidade que a personalidade dos portadores de defeitos seja atingida e que, entre eles, haja uma elevadíssima percentagem de reações neuróticas. Entre os portadores de defeitos de linguagem, a neurose é particularmente frequente. Interferindo com a comunicação do indivíduo,

essas perturbações dificultam de maneira considerável o ajustamento do sujeito ao ambiente social. Sua psicologia pode ser perfeitamente compreendida dentro dos esquemas adlerianos.



Não vamos entrar na questão do tratamento das perturbações da linguagem, nem da organização das clínicas ortofônicas. Lembraremos apenas que esses problemas devem ser tratados por especialistas em correção da linguagem, os quais, infelizmente, escasseiam em nosso meio brasileiro.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BROWN, (F.) — *Baby talkers* — Proceedings of the American Speech Correction Association, 1936, 6, pg. 197-208.
- 2) DUCKAY, (W.) — *The attitude toward the handicapped in the Bible* — The Crippled Child, October, 1942, pg. 67-83.
- 3) GLAUBER, (J.P.) — *Speech characteristics of psychoneurotic patients* — J. Speech Disorders, Marc, 1944, vol. 9, pg. 18-30.
- 4) GREENE, (J.S.) — *Functional speech and voice disorders* — J. Nerv. Ment. Diseases, March, 1942, vol. 95, pg. 299-309.
- 5) JOHNSON, (W.) — *Because I stutter* — Appleton-Century, New York, 1930.
- 6) OGILVIE, (M.) — *Terminology and definitions of speech defects* — Columbia Univ. Contrib. to Education, n.º 859, Teachers College, New York, 1942.
- 7) PINTNER, (R.), EISEN, (J.) and STATTON, (M.) — *The psychology of the physically handicapped* — Crofts, N.Y., 1941.
- 8) RICHARDSON, (L.H.) — *A personality study of stutters and non-stutters* — J. Speech disorders, June, 1944, vol. 9, pg. 152-160.
- 9) SETH, (G.) and GUTHRIE, (D.) — *Speech in childhood: its development and disorders* — Oxford Univ. Press, 1935.
- 10) WEST, (R.), KENNEDY, (L.), and CARR, (A.) — *The rehabilitation of speech* — Harper, New York, 1937.

LITERATURA MÉDICA

Livros e fôlhetos recebidos

Annales Chirurgiae et Gynecologiae Fenniae — (Societas Medicorum Fenniae — Helsinki, Finlândia — 1954).

Suplementos 7 do volume 43 — "Medical Marriage Guidance in Finland" e 20 A Study of Gastric Escherichia Strains With Special References to Pernicious Anemia.

Suplemento 1 — vol. 44 de 1955 **Bronchostenosis in Pulmonary Tuberculosis**.

Revista de la Confederation Médica Panamericana — vol. 2.º, n.º 1 (Habana-Cuba 1955.)

Journal of the Indian Medical Profession — Vol. 1.º — n.º 8.

Estudo Clínico-Cirúrgico da Enervação Articular do Quadril na Ósteo Artrite. Dr. Luiz Augusto Wertheimer — 1954. — (Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o concurso de Livre Docência da Clínica Ortopédica e Traumatológica — 2.ª Cadeira.)

O Autor, que já havia publicado inúmeros e valiosos trabalhos — (28) — sobre a especialidade clínico-cirúrgica, exercido cargos de grande atividade didática no Departamento de Anatomia da Faculdade de Medicina, na Cadeira de Clínica Ortopédica e Traumatológica e em inúmeros Cursos de Aperfeiçoamento, que é membro de várias sociedades médicas e científicas — apresenta, nessa tese, um completo e minucioso estudo clínico-cirúrgico da enervação articular do quadril na ósteo artrite.

Trabalho de real valor, com inúmeros clichês radiográficos e extensa bibliografia. Baseado nas suas observações anatómicas, cirúrgicas e clínicas sobre a inervação e a enervação do quadril, chega a seguras conclusões.

Já em 1950 o Autor defendeu Tese de Doutorando intitulada "Estudo anatómico dos Nervos da Articulação Coxas — aprovada com distinção — grau 10; em 1953 recebeu o título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia, conferido pela Associação Paulista de Medicina; dedicou-se de modo particular ao estudo da inervação articular, realizando sobre esse assunto investigações sobre a inervação do joelho e do quadril. Daí o real valor dessa sua tese que é um valioso e brilhante trabalho para a literatura médica do país.

Progresso da Medicina — vol. 3.º (Editado pelo Departamento Científico da Indústria Química e Farmacêutica Schering S/A.

Como nos 1.º e 2.º volumes é esta edição uma completa pesquisa sistemática de mais de uma centena de periódicos científicos internacionais, para trazer ao conhecimento médico tudo o que de mais interessante se publicou durante o ano de 1953.

Analisando com clareza e precisão todo o labor científico mundial, apresentando resumos dos melhores trabalhos publicados recentemente, é essa publicação uma obra de elevada finalidade científica e um inegável serviço à cultura geral dos profissionais da medicina.

Les Monographies Medicales et Scientifiques — Dr. Jean Garnier — Paris.

Dermatologie — (fascículo 2 — 136 pags. — 56 fotografias — Drs. Roussel e Prof. Gate — Paris — 1954.)

Oto-rhinolaringologie Pratique — Prof. Piquet — Paris — 1954. — Estudo clínico e terapêutico das afecções das fossas nasais, das cavidades anexas da face e do rino-faringe.

Techniques de Reanimation: Médical et de Contrôle de L'equilibre Humoral em Médecine D'urgence — J. Hamburger — C. Richet e J. Crosnier (Edition Médicales Flammarion — Paris — 1954. — Obra realizada pela equipe do Hospital Necker, de Paris, apresenta um trabalho interessante e valioso, resultante de alguns anos de esforços no estudo de uma série de técnicas destinadas a sistematizar, de maneira precisa e eficaz, o tratamento de moléstias agudas graves, tais como: estado de choque, queimaduras extensas, infecções gerais, intoxicações graves, traumatismo, choques operatórios ou obstétricos, nefropatias agudas, icterícias graves, etc.

Na introdução desse livro dizem os autores: "entre tais doentes a nutrição, a oxigenação, a eliminação dos produtos de desnutrição, o equilíbrio da água e dos electrolitos, o equilíbrio circulatório, etc., podem ser comprometidos e, durante todo o período agudo, é o médico e não o doente que deverá assumir a responsabilidade da manutenção de um equilíbrio compatível com a vida".

Propõem assim os autores um plano destinado ao controle metódico das funções circulatórias, respiratórias, renais, digestivas, do equilíbrio hematólogo, da hematose, etc... assim como quanto a alimentação e a nutrição desses grandes doentes.

Compreende a obra a descrição detalhada de uma série de técnicas terapêuticas, expondo, não só métodos originais, como esforçando-se também por introduzir nova concepção na conduta do tratamento.

O leitor encontra nesse livro muitos métodos que conhece já tais como os de reanimação respiratória, o tratamento do colapso e do choque e sobretudo métodos que permitirão, em presença de toda a afecção aguda, controlar o equilíbrio humoral e corrigi-lo, terapêutica que se poderia, a justo título, chamar "terapêutica ortho-humoral".

An Approach to Clinical Surgery — G. H. C. Hovens (J. & A. Churchill Limt. — Londres — 1953) — O Autor, Professor de Cirurgia do University College of the West Indies, estuda nessa obra, a importância de um Curso de Introdução destinado a servir de ponte ao estudante que termina o seu curso médico, orientando-o na passagem do que ele chama o período pré-clínico para a clínica cirúrgica, curso esse que muitas escolas médicas insistem agora em que faça parte essencial do currículo. Trata essencialmente da clínica cirúrgica no seu sentido mais amplo, não pelo que o formando aprendeu nos tratados, mas na prática cirúrgica em presença do paciente: a anamnese, o exame do caso e o modo de tratar o doente.

Escrito de maneira clara e interessante, o estudante ou médico recém-formado que está iniciando praticamente os seus trabalhos no hospital, encontrará nessa obra muita coisa de valor permanente. A vasta experiência do Autor, como cirurgião e professor habilitaram-no a produzir esse livro guia nessa fase importante de treinamento do estudante médico e parece-nos ser o primeiro livro no gênero a ser dado à publicidade, o que maior valor dá ainda à obra e ao seu Autor.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Movimento dos doentes internados em 1954

Relação dos doentes internados de 1.º de Janeiro a 31 de Dezembro de 1954.

MESES	HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS	TOTAL
Janeiro.....	81	142	9	232
Fevereiro.....	81	155	7	243
Março.....	91	197	4	292
Abril.....	63	153	6	222
Maió.....	65	149	5	219
Junho.....	85	158	1	244
Julho.....	71	180	7	258
Agosto.....	68	144	5	217
Setembro.....	61	164	6	231
Outubro.....	81	130	6	217
Novembro.....	78	156	7	241
Dezembro.....	63	137	5	205
TOTAL.....	888	1.865	68	2.821